

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911

THÈSE

N° 154

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Henri TISSIER

Né à Angers, le 4 février 1882
Ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris

L'APPAREIL DIGESTIF

DANS

LA SCARLATINE

Président : M. MARFAN, professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, Rue Casimir-Delavigne, 1

1911

154

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Henri TISSIER

Né à Angers, le 4 février 1882

Ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris

L'APPAREIL DIGESTIF

DANS

LA SCARLATINE

Président : M. MARFAN, professeur

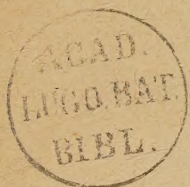
PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, Rue Casimir-Delavigne, 1

1911



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

MM.

Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL
	DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
	HAYEM
Clinique médicale	GILBERT
	DEBOVE
	LANDOUZY
	HUTINEL
Maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	
	DELBET
Clinique chirurgicale	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique	DELAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
	BAR
Clinique d'accouchements	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	REITTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAINEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

A MA FEMME

A MES AMIS

H. Tissier

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARFAN

Professeur à la Faculté de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

Respectueux hommage.

A MES PREMIERS MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX D'ANGERS

MESSIEURS LES DOCTEURS THIBAUT
MARTIN, TESSON, BOQUEL,
MAREAU, JAGOT, ROGUET

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Externat 1906-1907

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUPRÉ
MONSIEUR LE DOCTEUR GASNE

In memoriam.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEPAGE

Accoucheur des Hôpitaux

1907-1908

MONSIEUR LE DOCTEUR PARMENTIER

*Affectueux hommage de sincère
reconnaissance.*

1908-1909

MONSIEUR LE DOCTEUR HUDELO

Internat provisoire 1909-1910

MONSIEUR LE DOCTEUR LESAGE

Témoignage de profonde reconnaissance.

1910-1911

MONSIEUR LE DOCTEUR L. FOURNIER

MONSIEUR LE DOCTEUR BRAULT

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LÉPER

MONSIEUR LE DOCTEUR LEREBoullet

A MES AUTRES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

MM. les docteurs FÉLIZET

In memoriam.

VILLEMIN

HERBET

In memoriam.

SAINTON

BERGÉ

MARCEL LABBÉ

DALCHÉ

GAULTIER

L'APPAREIL DIGESTIF

DANS

LA SCARLATINE

INTRODUCTION

Pendant notre année d'internat provisoire à l'hôpital Hérold, M. le D^r Lesage nous a fréquemment conseillé de tenir peu de compte de l'éruption pour porter le diagnostic de scarlatine, à l'entrée des malades à la consultation.

Il nous a montré des malades entrés depuis plusieurs jours, chez lesquels aucune éruption ne s'était montrée depuis leur admission à l'hôpital et qui cependant présentaient les signes généraux et les troubles digestifs des scarlatineux ; d'autres chez lesquels l'éruption était apparue tardivement. Il nous a enseigné à examiner méthodiquement la langue des malades.

Nous avons tenu compte de ses indications et nous avons pu fréquemment porter un diagnostic précoce de la scarlatine dans la plupart des cas.

Frappé de la facilité avec laquelle, le plus souvent, on peut faire ce diagnostic, et de l'intérêt qu'il y a à faire un diagnostic précoce, nous avons voulu faire de la scarlatine, telle que nous l'a fait envisager M. le D^r Lesage, l'objet de notre thèse. Nous passerons en revue les symptômes qui aux différentes périodes ont attiré l'attention des cliniciens.

Nous montrerons l'évolution lente qui s'est faite autour de la scarlatine et la déviation de l'intérêt de l'éruption vers les troubles digestifs. Ces derniers, actuellement, intéressent beaucoup plus les cliniciens qui tendent à mettre l'éruption tout à fait au second plan dans la description de la scarlatine.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

ÉVOLUTION DES IDÉES SUR LA SCARLATINE

Lorsque, en 1560, Ingrassias de Palerme isola la scarlatine de la rougeole avec laquelle jusque-là on l'avait confondue, ce qui l'avait frappé avant tout c'était le caractère spécial de l'éruption. Il donna à cette affection nouvelle le nom de **Rossania** (de l'italien *rosso*, rouge).

Puis les différents auteurs, fascinés toujours par l'éruption, donnent à la scarlatine les noms les plus imaginés. Jean Coyttar de Poitiers l'appelle **Fièvre pourpre** ; Sydenham **Scarlet fever**.

L'attention des premiers auteurs est donc attirée uniquement par l'éruption. Du reste, on n'attachait aucun caractère de gravité à cette affection et la scarlatine que vit Sydenham était si légère, qu'il hésitait à lui donner le nom de maladie. Il faut arriver à Bretonneau pour entendre parler de pronostic

sombre : c'est qu'il lui fut donné en 1824 d'assister à une mortelle épidémie en Touraine.

Jusque-là de nombreuses épidémies avaient été signalées en France et surtout en Angleterre ; ce fut la première qui revêtit un caractère réel de gravité.

Déjà, pendant ces épidémies, les auteurs signalent fréquemment des variations dans l'intensité de l'éruption et parfois même l'absence totale d'éruption.

Certains auteurs éloignent alors l'idée de scarlatine, d'autres plus avisés se croient en présence de scarlatine incomplète, légère, et bientôt on en arrive à admettre **la scarlatine sans éruption**.

Cette forme cependant, au début, fut très attaquée. Janin de Saint-Just, sous l'influence de Broussais, réfute une observation de Rosen de Rosenstein qui, dans une épidémie de scarlatine développée au sein d'une famille, vit « un jeune enfant, plus heureux que ses frères, échapper à l'éruption après avoir présenté la fièvre, les vomissements, l'angine et le délire. »

L'auteur de l'article scarlatine du *Dictionnaire abrégé des sciences médicales* traite de « baroque l'idée des personnes qui ont cru à l'existence d'une scarlatine sans éruption chez des enfants qui, au milieu d'une épidémie, ont présenté tous les symptômes de la maladie, la rougeur à la peau exceptée ».

Puis les idées se modifient, des cas de scarlatine sans éruption se montrent de tous côtés au cours des épidémies. Bientôt on fut obligé de laisser entrer cette variété dans le cadre de la scarlatine.

Des observations typiques de scarlatine sans érup-

tion se trouvent dans la thèse de Taupin, 1839. Cet auteur cite deux cas de fièvre sans éruption, survenus aux Enfants-Malades au cours d'une épidémie de scarlatine.

OBS. DE TAUPIN, 1839. — En janvier 1835, la scarlatine se développe dans la famille du sieur B... tenant un hôtel garni, rue des Grès-Sorbonne.

Le premier enfant atteint, une fille de huit ans, présente de la fièvre et une éruption.

Le deuxième a de la fièvre et pas d'éruption.

Les troisième et quatrième, fièvre et éruption.

Le cinquième de la fièvre et pas d'éruption.

Le deuxième malade, Isidore B..., âgé de dix ans, tombe malade le 18 janvier ; il a des frissons, de la fièvre, des douleurs généralisées. On l'amène le 20 janvier à l'hôpital des Enfants-Malades. Il a des *vomissements* ; de la constipation, son *pouls est rapide*, la peau est brûlante, *la langue est très rouge, lisse, hérissée de papilles* ; les piliers du voile du palais, la luette, les amygdales sont très gonflées, d'un rouge brun, masquées en quelques points par une exsudation pultacée blanchâtre.

Il n'y a pas d'éruption.

Enfin le cinquième malade, Hippolyte, présente le 30 janvier des douleurs de tête, *des vomissements* ; le 31, il entre à l'hôpital. Il n'y a pas d'éruption. Il se plaint de la gorge, *le pouls est fréquent* à 120, la peau chaude est le siège d'une *vive démangeaison*, *la langue est rouge, lisse*.

Les amygdales tuméfiées, violacées, recouvertes d'un conduit épais, blanchâtre.

On fait dans ce cas, comme dans l'autre, le diagnostic de scarlatine.

L'enfant sort le 6 février.

Taupin cite encore une observation qui lui est communiquée par le Dr Scellier.

Le 16 juin 1837 le Dr Scellier examine dans une famille un enfant de huit ans, tombé malade la veille.

Il avait été pris de céphalée, courbatures, douleurs à la tête, vomissements.

M. le Dr Scellier lui trouvant une fièvre vive, la langue rouge scarlatineuse, les amygdales gonflées, violacées, crut pouvoir annoncer une éruption de scarlatine.

Dans les jours qui suivent, la fièvre, la rougeur de la langue, le gonflement et la teinte violette de la gorge augmentent ; mais pas d'éruption.

Au quatrième jour, la fièvre diminue, mais le gonflement des amygdales et la rougeur de la langue persistent, la langue seule conserva sa teinte scarlatineuse.

L'enfant ne présenta jamais d'éruption, de démangeaisons à la peau, de desquamation, ni d'anasarque.

20 juin. — Le jeune frère tombe malade, il fait une scarlatine avec éruption.

En 1857, Buttura, dans son livre intitulé : **Des Fièvres éruptives sans éruption et particulièrement de la scarlatine sans exanthème**, cite des cas analogues.

OBS. DE BUTTURA. — M. B..., négociant à Bercy, prend

chez lui son neveu atteint de scarlatine avec éruption le 10 juin 1856.

M. B... fait conduire dans une autre maison ses deux enfants.

14 juin. — La petite fille se plaint du mal de gorge. Buttura la voit le 15.

Les symptômes généraux sont peu intenses ; les ganglions sous-maxillaires ne sont pas engorgés, mais la gorge est recouverte de l'*enduit caractéristique* et Buttura diagnostique la scarlatine en promettant à la mère une éruption prochaine. Il n'en fut rien, l'angine augmenta.

Cinq jours après, ce fut le tour du garçon.

Symptômes généraux peu intenses ; angine moins forte.

Buttura chercha vainement l'éruption ; elle manqua comme chez la petite fille.

La convalescence fut prompte.

Les mêmes faits sont observés par Alquier et Michel Lévy ; et Buttura ajoute : « Je ne crois pas qu'il puisse y avoir le moindre doute sur la nature de l'angine observée chez ces malades. » Il se demande s'il est si difficile de diagnostiquer l'angine scarlatineuse *sine exanthemate* que l'on doive faire intervenir le doute tant que le malade ne se trouve pas dans un foyer contagieux.

Il cite l'observation suivante dans laquelle en dehors des commémoratifs de contagion il affirma le diagnostic de scarlatine.

OBS. DE BUTTURA. — Le fils de M. G..., huissier à la Chambre des députés, enfant unique, de six ans, n'allant pas à l'école, n'ayant pas vu d'enfants malades ou convalescents, est pris de fièvre, vomissements, mal de gorge.

La langue et les gencives étaient d'un rouge acajou, revêtues d'un enduit muqueux ; injection rouge du grand angle de l'œil ; chaleur vive à la peau ; haleine *sui generis*.

Je pronostiquai une scarlatine dont l'éruption était imminente.

Bien que tous les symptômes de la veille se fussent maintenus, cependant l'éruption ne parut pas les jours suivants.

Le père de l'enfant me rappela mon diagnostic lorsque la grand'mère, âgée de cinquante ans et qui passait les nuits auprès de l'enfant, fut prise cinq jours après lui de la scarlatine la plus abondante suivie d'une desquamation à lambeaux.

Trois jours après la mère fut atteinte de scarlatine compliquée d'accidents cérébraux ; la desquamation fut abondante chez la mère et la grand'mère : cependant l'enfant n'eût aucune éruption consécutive à son angine.

Et Buttura ajoute : « Si je n'avais pas eu l'exemple de la mère et de la grand'mère de l'enfant G... pour vérifier la sûreté de mon diagnostic, M. Taupin serait-il en droit de suspecter mon diagnostic et de reléguer mon observation avec celle de Dance parce qu'il n'est pas fait mention d'épidémie régnant à cette époque et que dès lors le diagnostic doit rester incertain ? ».

L'auteur conclut qu'il ne peut exister le moindre

doute sur l'existence de la scarlatine sans exanthème. Alors même qu'il n'existe pas d'épidémie, l'intensité des symptômes généraux, l'angine pelliculaire peuvent faire penser à la scarlatine.

Graves, Trousseau, Dreyfus-Brissac, Picot et d'autres ont publié des exemples de scarlatines simplement angineuses, sans éruption, qui ont été le point de départ de scarlatines. Ces faits, qui ne sont pas discutables, dit Moizard, sont encore confirmés par les travaux de Colin, de Kelsch et de Vaillard, montrant le nombre considérable d'angines qui précèdent, accompagnent et suivent les épidémies de scarlatine, n'en étant que les formes frustes atténuées, souvent méconnues, expliquant l'erreur de certains auteurs qui ont admis la spontanéité de la scarlatine dans certains cas. Ce sont les **scarlatinæ sine scarlatinis** de Gubler, analogues aux **morbilli sine morbillis**.

Trousseau étudie longuement les modifications de l'éruption et il cite un certain nombre de scarlatines sans éruption, ce qu'il appelle la **scarlatine fruste**.

Il insiste, avec force, sur la nécessité de reconnaître ces formes de scarlatine si dangereuses, car on ne pense pas à isoler le malade.

« Nous voici arrivé, dit-il, à la partie la plus difficile de la question, à la partie la plus importante au point de vue pratique, je veux parler de la **scarlatine défigurée**, de ce que j'ai appelé la **scarlatine fruste**.

» Vous savez ce qu'en archéologie on entend par

inscription fruste : c'est celle dont une partie plus ou moins considérable a été effacée, dont il ne reste qu'une ligne, qu'une lettre, et même seulement un point. En prenant cet objet de comparaison, les maladies peuvent être frustes, c'est-à-dire que souvent le médecin n'y lira qu'un mot de la phrase symptomatique et, avec ce mot, il devra reconstituer la phrase entière comme l'archéologue et le numismate retrouvent l'inscription effacée sous les lettres qui restent. Il en est du médecin comme de l'archéologue : au commencement de leurs études, l'un a besoin de lire sur des médailles bien conservées, sur des pierres intactes, l'autre a besoin de retrouver dans une maladie qui se présente à son observation, tous les symptômes dont l'ensemble la caractérise ; mais plus tard, de même que l'archéologue dans un mot, dans une lettre, déchiffre une inscription perdue, de même le médecin expérimenté, dans une seule manifestation de la maladie, découvrira la maladie tout entière. Eh bien ! de toutes les maladies, la scarlatine est celle qui le plus souvent est fruste. »

Et il cite de nombreux cas dans lesquels l'éruption est apparue tardivement ou n'est pas apparue du tout. « La scarlatine, dit-il, peut ne pas apparaître du côté de la peau, elle n'en est pas moins grave. »

Il étudie avec soin les symptômes de cette scarlatine. « A la fièvre du début s'ajoutent souvent des vomissements et de la diarrhée. Presque toujours, au moment où la fièvre apparaît, apparaît aussi le mal

de gorge; c'est sur ce phénomène que le malade attire tout d'abord l'attention du médecin et il prend alors une signification diagnostique toute particulière.

» En examinant la gorge du malade, on voit une rougeur très vive et une tuméfaction du voile du palais et des amygdales. Très souvent, celles-ci présentent de petites concrétions blanchâtres, première manifestation de l'angine couenneuse scarlatineuse.

» La langue ne présente, le premier jour, rien de particulier. Elle est fébrile, c'est-à-dire chargée d'un enduit un peu limoneux, à peine rouge, à la pointe et sur les bords; mais sur le voile du palais on peut constater une rougeur assez vive, et dans quelques circonstances un aspect pointillé. Cette coloration rouge est très prononcée sur les amygdales qui sont légèrement gonflées. L'aspect de la langue est tellement spécifique, qu'à lui seul il peut suffire à faire reconnaître la maladie.

» Ni dans la rougeole, ni dans la variole, vous ne trouverez rien de semblable; c'est là un caractère aussi spécial à la scarlatine que peut l'être dans la variole la présence de pustules sur la muqueuse buccale. Le premier jour il n'y a que l'enduit lumineux plus ou moins épais, plus ou moins blanc, coloré en jaune ou en vert; si le malade a vomi, il n'y a que la légère rougeur de la pointe et des bords dont nous avons parlé; le lendemain cette rougeur augmente d'intensité et d'étendue, elle augmente le troisième

jour et vers le quatrième ou le cinquième, l'enduit saburrala presque totalement disparu. Toutela langue est d'un rouge écarlate, elle est tuméfiée et la saillie considérable de ses papilles donne à sa surface un aspect analogue à celui d'une fraise. S'il en est ainsi, c'est qu'elle s'est dépouillée de son épithélium et dans quelques cas on peut assister à ce travail de desquamation, on peut même le hâter en faisant sur elle de légères frictions avec un linge. C'est là un phénomène constant, invariable, de la scarlatine, à moins que celle-ci n'ait été marquée par aucun phénomène fébrile ; vers le septième ou le huitième jour, tout en conservant sa coloration, la langue devient plus lisse ; vers le huitième et neuvième jour, l'épithélium se forme d'une manière très apparente, d'abord excessivement mince, comme une pelure d'oignon ; vers le douzième jour il a repris peu à peu son épaisseur naturelle, mais la membrane muqueuse reste un peu plus rouge qu'elle ne l'est dans son état normal. »

Depuis cette description magistrale de la scarlatine donnée par Trousseau, les symptômes cutanés perdent de jour en jour de leur importance.

L'éruption, depuis la thèse de M. le Dr Bergé, n'apparaît plus que comme un phénomène secondaire résultant de l'action toxique érythogène exercée par les poisons microbiens sécrétés au niveau des amygdales infectées. Les squames, objet de crainte des anciens cliniciens au sujet de la contagion, sont actuellement dénuées à peu près de tout intérêt, depuis les expé-

riences de M. Stickler. Cet auteur reproduisit, sans échec, la scarlatine en inoculant à 10 sujets du mucus de la gorge et de la cavité buccale pris chez les scarlatineux en pleine éruption, alors que Petit-Radel, Leroy d'Etiolles échouèrent en inoculant des squames.

On comprend donc, que de plus en plus, l'attention soit attirée sur le tube digestif supérieur, en particulier la gorge et la langue.

C'est là que sont les agents microbiens, c'est là que l'on constate les premiers troubles ; en faisant porter son examen de ce côté on a donc plus de chances de porter un diagnostic précoce de scarlatine. Cet examen a plus d'intérêt encore lorsqu'on se trouve en présence d'une scarlatine sans éruption.

Tous les auteurs actuels font une place importante aux troubles digestifs. L'angine du début est décrite longuement dans tous les traités classiques ; de même on décrit les modifications que subit la langue, ses transformations aboutissant à la langue framboise, langue scarlatineuse. Taupin, dans sa thèse, analyse avec soin les symptômes observés du côté de la langue et de la gorge ; ses observations de scarlatine sans éruption sont indiscutables ; mais il reconnaît que le diagnostic fut fait dans les cas cités par la coïncidence d'épidémie de scarlatine dans la même famille.

Buttura va plus loin et il affirme que Taupin eût été en droit, par la simple constatation des symptômes si caractéristiques et si spéciaux des angines

scarlatineuses qu'il lui fut donné d'observer, et que lui-même constata plusieurs fois, d'affirmer la scarlatine en dehors même de la coïncidence d'un foyer épidémique. « Je ne crois pas, dit Buttura, qu'il puisse y avoir le moindre doute sur la nature de l'angine scarlatineuse, mais je vois que beaucoup de médecins, non seulement Français mais étrangers, ne veulent pas admettre l'angine scarlatineuse, l'éruption cutanée ne devant jamais manquer; opinion malheureuse et qui peut avoir les plus graves résultats.

D'autre part Gautier de Claubry, en 1841, fait un rapport dans lequel il indique l'importance de l'angine scarlatineuse. « L'épidémie de scarlatine angineuse dont nous avons à entretenir maintenant l'Académie a démontré plus fortement encore les inconvénients d'un traitement intempestif.

« Sur une population de 290 habitants, Châtillon a eu 77 malades dont 38 du sexe masculin, 39 du sexe féminin; et il en est mort 22 dont 4 ont succombé à l'anasarque consécutive. Il y a eu aussi complication fréquente d'angine diphtérique; tous ces cas ont été graves et plusieurs ont été mortels. Vingt-deux morts pour le chiffre de la mortalité ou plus du quart du chiffre total des malades présentent sans doute une proportion fort élevée; mais beaucoup de malades n'ont pas appelé le médecin. Chez d'autres, ce qui était encore pire, c'est que l'absence de tout traitement, des officiers de santé ignorants, croyant n'avoir affaire qu'à une angine purement inflammatoire, ont

mis en usage un traitement purement antiphlogistique énergique. Sur 40 malades placés dans ces conditions il y avait déjà eu 20 décès, quand M. Lejeune envoyé sur les lieux institua promptement un traitement local approprié. Ainsi, du 10 janvier au 1^{er} mars, sur 37 malades qui furent traités il n'y eut plus que 2 morts. »

Graves cite l'observation d'une jeune fille qui, à la suite d'un léger mal de gorge, gagna une anasarque albumineuse ; elle appartenait à une famille où la scarlatine sévissait en ce moment.

Trousseau et Ramon reçoivent l'invitation de se transporter à Marcilly-en-Gaut et à Millançay où sévissait, disait-on, la maladie de Chaumont, la diphtérie désignée ainsi pour avoir fait de nombreux ravages à Chaumont-sur-Tharonne (Loir-et-Cher). « Nous nous rendîmes sur le champ, dit Trousseau, à Millançay et à Marcilly et, à notre grand étonnement, nous vîmes qu'il n'y avait pas un seul habitant de ces communes atteint de la diphtérie pharyngienne ; mais la scarlatine faisait de nombreuses victimes et comme le mal de gorge était un symptôme constant de cet exanthème et que dans quelques maisons on voyait des malades affectés seulement d'angine au milieu de leur famille atteinte de scarlatine on attribuait la mort au même mal de gorge qui venait de Chaumont. La spontanéité de la guérison dans certains cas ; l'autopsie des sujets morts démontrèrent qu'il s'agissait là d'une affection scarlatineuse. »

M. le Dr Moizard, dans le *Traité des Maladies de l'Enfance*, fait ressortir tout l'intérêt de l'examen de la langue. « Son aspect, dit-il, est si caractéristique qu'il permet à lui seul de formuler le diagnostic de scarlatine. C'est en se basant sur l'état de la gorge et de la langue que le médecin peut se faire une opinion car il est trop fréquent qu'il ne puisse constater l'éruption. La notion de contagion possible ou d'épidémie peut être utile en pareil cas ; on sait combien sont fréquentes au début ou à la fin des épidémies de scarlatine, comme aux mêmes périodes des épidémies de fièvre typhoïde, ces cas frustes et incomplets ; mais à Paris où la scarlatine est endémique ce renseignement important fait le plus souvent défaut. Il y a même des cas où l'éruption fait complètement défaut avec quelque soin qu'on la cherche. Si on a été appelé dès l'apparition des accidents il est impossible de la constater. Ces faits sont d'autant plus importants à connaître qu'ils peuvent présenter pendant la convalescence les mêmes accidents que la scarlatine la plus complète. »

M. Moizard cite son observation personnelle ; il fut atteint d'une scarlatine dont le premier symptôme fut la desquamation.

Kelsch dans le *Traité des Maladies épidémiques* insiste sur les scarlatines frustes réduites à la fièvre et à l'angine, aptes à propager la contagion.

Tous les auteurs actuels reprenant les idées de Trousseau insistent sur l'état de la langue et en général les troubles digestifs de la scarlatine. Dans le

Dictionnaire de Jaccoud on voit que « la rougeur générale de la langue tenant à l'hyperhémie de la muqueuse s'observe d'une manière remarquable dans la scarlatine ». M. le professeur Hutinel écrit que « dans les cas difficiles c'est le plus souvent par l'aspect de la langue que l'on pourra affirmer la scarlatine. » M. le Dr Enriquez insiste sur les phénomènes du début; l'hyperthermie, l'angine, l'accélération du pouls et les vomissements, symptômes qui précèdent l'éruption en général de vingt-quatre à quarante-huit heures.

M. le professeur Marfan fait le diagnostic entre l'angine diphtérique et l'angine scarlatineuse et il ajoute que « l'angine est constante et précoce dans la scarlatine. Dès le début, avant l'éruption, on voit sur les amygdales, le pharynx et les joues une teinte rouge sombre qui contraste avec l'épais enduit blanc qui recouvre la langue et vous savez, ajoute-t-il, qu'une angine aiguë s'accompagnant de fièvre intense doit toujours faire penser à la scarlatine ».

Enfin, tout récemment, M. le Dr Comby dans les *Archives de Médecine des enfants*, M. le Dr Lesage dans la *Gazette des Hôpitaux* et dans le *Traité des Maladies du nourrisson* mettent en évidence les symptômes tirés de l'examen de la gorge, de la langue. Et ce dernier auteur laissant tout à fait au second plan l'éruption toxique met en avant les symptômes bucco-pharyngés pour faire une description clinique de la vraie scarlatine, celle que l'on

rencontre habituellement et qu'il désigne sous le nom de **scarlatine gutturale**. On voit que, d'une façon presque générale, on s'intéresse de moins en moins à l'éruption. On tend à nier en effet la contagion par les squames et l'on craint surtout la contagion venant de la bouche du malade. « Le danger, dit Fiessinger, est dans la gorge et dans les fosses nasales des malades, et on désinfecte les meubles ! »

L'éruption est au contraire un symptôme accessoire sur lequel on ne peut se fier pour établir un diagnostic précis. Il faut donc chercher une autre base. Ne voyons-nous pas tous les jours cette erreur commise de mettre un scarlatineux dans une salle commune, parce qu'il ne présente pas d'éruption alors que les autres symptômes existent. Certes l'éruption conserve son importance mais on ne peut pas compter sur elle, car elle peut manquer complètement ; dans d'autres cas elle peut être fugace, ne se montrant que pendant quelques heures ; elle peut enfin apparaître tardivement plusieurs jours après le début de la scarlatine.

Sur quels symptômes se baser alors ? Comme l'ont indiqué Trousseau et Moizard on recherchera les troubles digestifs, l'état de la gorge et de la langue, l'accélération du pouls. Hâtons-nous de dire que ces différents symptômes n'acquièrent de valeur que s'ils sont groupés et que la réunion de quelques-uns de ces symptômes permet de porter un diagnostic à peu près certain de scarlatine.

On peut donc conclure, avec M. le D^r Lesage, que pour les auteurs actuels dans la scarlatine tout se passe autour du tube digestif supérieur et que l'éruption est un symptôme accessoire.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE

L'éruption est donc un symptôme très inconstant, sur lequel on ne peut baser son diagnostic, parce que, d'abord, elle peut apparaître d'une façon tardive. Trousseau cite des cas dans lesquels l'éruption n'est apparue que le quatrième et le cinquième jour ; enfin elle peut ne pas se montrer du tout.

Voyons, par contre, ce qui se passe au niveau du tube digestif, nous noterons d'une façon pour ainsi dire constante les vomissements et la diarrhée ; l'examen de la gorge nous montrera l'angine sur laquelle depuis Trousseau tous les auteurs insistent ; nous voyons ensuite la langue se modifier de jour en jour et revêtir son aspect caractéristique.

On peut donc considérer les signes tirés de l'examen de la gorge et surtout de celui de la langue comme des symptômes de base, grâce auxquels le diagnostic de scarlatine pourra être affirmé même en dehors de l'éruption, et en dehors des commémoratifs d'épidémie.

Quels sont donc les renseignements que va nous fournir cet examen du tube digestif ?

Après une période d'incubation dont la durée est presque constamment de six jours, brusquement l'enfant éprouve des troubles digestifs souvent intenses ; il a de l'anorexie, des vomissements alimentaires et souvent bilieux ; la diarrhée est souvent abondante.

L'examen de l'abdomen dénote de l'hyperesthésie abdominale, du météorisme et, ainsi que l'a fait remarquer Kauffmann il n'est pas rare de trouver un point douloureux appendiculaire ; de même on peut réveiller un peu de sensibilité à la pression ou à la percussion du foie, comme l'a indiqué Bénard.

Le pouls est accéléré, en discordance souvent très nette avec la température qui reste aux environs de 38 degrés, 38°5.

Tous ces symptômes indiquent la prédilection de la scarlatine pour les voies digestives et en groupant les troubles dont elles sont le siège dès le début de l'affection on peut faire un diagnostic précoce.

« Dans un travail publié dans les *Archives de Médecine militaire*, M. le Dr Raoul montre qu'avec beaucoup d'attention et surtout quand l'attention est portée de ce côté le diagnostic précoce est possible. Dans une épidémie suivie très attentivement l'hiver dernier, M. Raoul a constaté que de tous les signes précoces indiqués par les auteurs il y en a trois qui réunis constituent en quelque sorte le trépied symptomatique de la période prodromique de la

scarlatine : ce sont l'angine, la tachycardie, les troubles gastro-intestinaux. Isolés, ces symptômes sont le plus souvent insuffisants, mais il n'en est pas de même s'ils sont associés.

« L'angine est bien connue, elle est certainement le symptôme le moins caractéristique de la scarlatine et n'est nullement pathognomonique quoi qu'on en ait dit, et, d'ailleurs, tantôt simplement rouge, tantôt blanche, tantôt diphtéroïde. Dans ce dernier cas tantôt suivant les unes elle contiendrait presque toujours le bacille diphtérique, tantôt elle en serait presque toujours indépendante.

La tachycardie est également bien connue, toutefois elle est moins souvent recherchée. Elle a été signalée depuis bien longtemps : Trousseau insistait sur la fréquence considérable du pouls dès le début de l'affection et sur la valeur diagnostique de ce signe et Graves écrivait : « Il n'est pas de maladie dans laquelle j'aie observé aussi souvent cette fréquence excessive du pouls. »

Dans les formes frustes Guéneau de Mussy en faisait un signe de présomption d'une grande importance.

La tachycardie est signalée dans tous les traités et manuels de pathologie. Le pouls est plein et fréquent : 120-140. C'est là un signe qui, dans les formes anormales d'un diagnostic souvent si difficile, constitue un argument sérieux en faveur de l'existence de la scarlatine.

Ce symptôme a été pour ainsi dire constant chez

les malades de M. Raoul. Au cours de l'épidémie il a manqué une seule fois ; le pouls était à 60, le malade n'avait présenté aucun signe gastro-intestinal ; il avait été hospitalisé avec son éruption : il s'agissait d'une scarlatine particulièrement bénigne.

Mais dans l'immense majorité des cas, même alors que la température est un peu élevée, atteint à peine 38 degrés, le pouls est rapide et atteint parfois 150-160. Ce signe est particulier à la scarlatine ; on ne le trouve ni dans les autres fièvres éruptives, ni dans les angines banales.

Les signes gastro-intestinaux au début, nausées, vomissements, diarrhée ont été décrits aussi de longue date et la plupart des traités les étudient ; et cependant quelques auteurs comme Rilliet, Barthez, les nient. M. Raoul, au contraire, dans sa statistique qui porte sur 84 cas, les a observés au moins dans les quatre cinquièmes des cas et beaucoup plus souvent que dans tous les autres cas d'angine où au contraire les troubles digestifs sont rares.

Ce qui donne une grande importance diagnostique aux signes gastro-intestinaux c'est qu'on les trouve rarement dans les maladies qui peuvent au début être confondues avec la scarlatine sauf dans la rougeole où ils sont relativement fréquents.

En somme en pratique, et tout particulièrement en temps d'épidémie de scarlatine, tout homme atteint d'angine (quel que soit son aspect) qui s'accompagne de troubles gastro-intestinaux doit être tenu pour

suspect et hospitalisé ou au moins isolé rigoureusement. Si on observe en même temps de la tachycardie on peut affirmer presque à coup sûr la scarlatine et annoncer l'éruption **un ou deux jours avant qu'elle ne paraisse**. C'est en se basant sur cette triade symptomatique que M. Raoul a pu, dans un assez grand nombre de cas, quand le malade se présentait assez tôt à la visite, l'hospitaliser au début de la période des prodromes, un et même deux jours avant l'éruption et éviter ainsi sûrement beaucoup de cas de contamination.

On risque ainsi sans doute d'envoyer à l'hôpital quelques angines banales mais cela est infiniment moins dangereux, aussi bien pour le malade que pour la collectivité, que de laisser des scarlatineux à la caserne jusqu'à l'apparition de l'éruption.

D'ailleurs ces angines banales ne sont souvent en temps d'épidémie que des formes particulièrement bénignes de la maladie. Deux malades atteints d'angine, qui avaient été envoyés au service des scarlatineux en raison des vomissements et de la tachycardie qu'ils présentaient, n'ont jamais eu d'éruption. La présomption de scarlatine basée sur ces symptômes a été confirmée par la desquamation d'une part, d'autre part par le fait que ces hommes n'ont pas présenté d'autres accidents malgré un séjour de quarante jours dans un milieu contaminé.

En résumé la **triade symptomatique prodromique** permet de diagnostiquer non seulement les

formes graves mais encore les scarlatines frustes au début de la période d'invasion.

« Elle présente toute sa valeur dans les scarlatines normales ou graves qui sont les plus contagieuses et dont le diagnostic précoce s'impose d'une façon toute spéciale » (*Journal de Médecine et de Chirurgie*, 1909, art. 22343).

Plus tard en examinant l'enfant on est frappé par l'aspect de la muqueuse bucco-pharyngée et par l'état général du malade.

Ainsi que l'exprime M. le Dr Lesage dans son *Traité des Maladies du Nourrisson : La signature de la maladie est inscrite sur la langue et la gorge.*

Au sixième jour de la contagion, alors que la maladie semble éclater, la langue est déjà modifiée. Peut-être présente-t-elle déjà des altérations pendant la période d'incubation ? Il semble en effet que pendant cette période la culture microbienne se fasse d'une façon latente sur la langue et sur la gorge.

Étudions ce cycle d'évolution linguale.

Premier stade. — La langue est allongée, rouge vif sur les bords et à la pointe, alors que sur le dos est un enduit pultacé, blanc, épais. Ce contraste entre les deux teintes est caractéristique (blanc sur rouge vif).

De plus, quand on fait sortir la langue en dehors de la bouche, on est également frappé par le contraste entre celle-ci et la peau du visage qui est pâle.

Cet état de la langue persiste avec ces mêmes caractères pendant deux à quatre jours.

Deuxième stade. — Peu à peu le dépôt pultacé diminue d'étendue et tombe d'avant en arrière, si bien que le liséré rouge vif s'élargit sur les côtés et forme un V qui circonscrit le V blanc ; ce que le premier gagne, le second le perd.



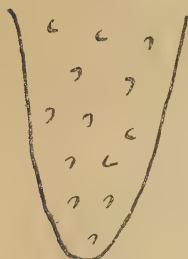
1^{er} 3^e jour



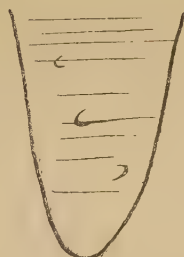
4^e 5^e jour



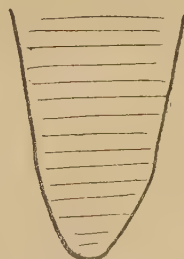
6^e 7^e jour



8^e jour
langue framboise



9^e 10^e jour



10^e au 13^e jour
langue ramassée
refaite.

Troisième stade. — Vers le septième, huitième jour, toute la langue est ainsi dépouillée, rouge, enflammée, écarlate *framboise*. La desquamation a mis à nu les papilles qui font saillie n'étant plus masquées par les couches épithéliales. Cet aspect spécial dure deux à quatre jours et peu à peu l'épithélium se refait, les papilles deviennent moins sail-

lantes ; à ce moment le processus scarlatineux qui est tout de desquamation est terminé.

Quatrième stade. — La langue se refait, cesse d'être pointue et redevient normale. Elle perd sa teinte rouge écarlate, devient lisse et vernissée pour reprendre vers le quinzième jour son aspect normal. A mon avis, ce qui forme la base de cette étude de la langue est la congestion écarlate masquée par une prolifération intense de l'épithélium. Celui-ci desquamant le fond congestif de la langue apparaît dans son plein. La scarlatine en un mot est une glossite proliférative, exfoliatrice, aiguë, spécifique.

Anomalies de cycle lingual. — La scarlatine peut rester stationnaire à ces diverses périodes. Ainsi huit, dix, vingt jours au premier ou au second stade. Ce n'est qu'un arrêt, car bientôt le cycle reprend. Ce sont ces foyers persistants maladifs, qui permettent d'expliquer les contagions tardives.

Gorge. — Le même cycle existe sur la muqueuse de la gorge et des amygdales, qui est rouge vif, écarlate et recouverte d'un dépôt pultacé, blanc, épais. Après sa chute (deux à trois jours), ce dépôt laisse à nu la muqueuse lisse, sèche, écarlate, vernissée. Les amygdales sont gonflées et tendent à se rapprocher et à fermer l'isthme du gosier.

Le dépôt épithélial est moins adhérent sur la gorge que sur la langue et par conséquent tombe plus vite. Cet état de la gorge est accompagné de sécheresse, de cuisson, de gonflement des ganglions angulo-maxillaires. Comme pour la langue, la mu-

queuse du pharynx reprend peu à peu son état normal.

État général. — Au sixième jour de la période d'incubation, quand apparaissent les signes d'embarras gastrique, on note une fièvre légère à 38 degrés qui apparaît brusquement, en pleine santé, accompagnée d'une élévation du pouls à 120-140, plus forte que ne le donne en général une fièvre à 38 degrés. L'urine est peu abondante, chargée en urates et ne contient pas d'albumine.

Dans la moitié des cas, la fièvre est à 38 degrés. Elle peut monter plus haut, du fait même de la scarlatine, si le processus congestif guttural est très accentué (Variot et Devé). Cette fièvre, avec signes digestifs, dure deux à trois jours et la température revient à la normale, pendant que langue et gorge vont continuer jusqu'au quinzième jour à présenter leur cycle d'évolution. On notera cependant que le pouls conserve pendant quelques jours encore une certaine fréquence. Telle est la scarlatine pure, simple, la scarlatine « bucco-pharyngée » banale, isolée de toute complication. Elle est des plus fréquentes, passe inaperçue et explique les contagions latentes si nombreuses.

Des symptômes cutanés dans le cours de la scarlatine « bucco-pharyngée ». — Ils sont accessoires, d'ordre toxique et manquent dans la moitié des cas. Leur intensité varie. Ils peuvent apparaître à toutes les périodes de l'évolution du cycle lingual, tant que

la langue n'est pas revenue à la normale, et être accompagnés d'un crochet fébrile. Les éruptions apparaissent donc au premier, au cinquième, au dixième, au vingtième jour, à n'importe quelle période du cycle, tant que celui-ci n'est pas terminé. Ainsi j'ai vu l'éruption apparaître au vingt-huitième jour de la maladie, la langue ayant conservé son type « framboise » jusqu'à ce moment. A mon avis, si l'on attend après l'éruption cutanée pour faire le diagnostic, le malade peut contagionner d'autres personnes. Que de fois ne voyons-nous pas entrer à l'hôpital des enfants qui sont à la période « framboise » de leur langue, alors que l'éruption date du jour même. Sur 615 cas, 609 fois l'éruption est apparue alors que la langue était déjà en évolution. Dans six cas seulement la langue n'avait pas l'aspect scarlatineux mais la gorge le possédait quand l'éruption est apparue. Deux jours après la langue se dépouillait à son tour, après avoir présenté un dépôt pultacé très léger. Ces faits sont rares.

« Les manifestations cutanées toxiques sont : ou le prurit (Trousseau, Rilliet, Barthez, Dieulafoy), ou de l'œdème de la figure et des mains, ou une éruption, qui peut durer quelques heures et passer inaperçue ou être plus stable, quoique d'intensité variable. C'est le pointillé classique, l'éruption bien connue, qui n'a aucun rapport avec le cycle lingual et angineux. Ces deux éléments sont indépendants et évoluent chacun de leur côté. On peut noter l'existence de sudamina claires ou suppurées qui, se

desséchant, produisent une desquamation précoce due à la suette. L'éruption peut réapparaître après quelques jours accompagnée d'un petit crochet fébrile ; cinq à six jours après l'éruption apparaît la desquamation classique, qui semble être d'autant plus intense que l'éruption a été plus forte » (Lesage, *Maladies du Nourrisson*).

Voilà donc des symptômes très nets qui sont, pour ainsi dire, constants dans la scarlatine. Peu importe l'éruption lorsqu'on les a trouvés ; déjà notre malade est isolé. Peut-être évitera-t-on de la sorte un certain nombre de cas de contagion. Enfin ces symptômes seront les seuls symptômes de scarlatine permettant de reconnaître la scarlatine fruste, sans éruption.

Nous avons vu que depuis longtemps ces cas de scarlatine sans éruption ont inquiété les cliniciens. Tous citent des cas de la sorte qu'ils ont reconnus trop tard alors que plusieurs personnes de l'entourage avaient été contaminées. Le diagnostic de scarlatine sans éruption n'a été fait d'une façon précoce qu'en temps d'épidémie, comme les deux cas cités dans la thèse de Taupin.

« Très certainement, dit Trousseau, vous rencontrerez de ces scarlatines frustes, vous ne sauriez trop vous habituer à les reconnaître. » Mais à côté il donne peu de moyens pour reconnaître la scarlatine fruste. Il cite un cas dans lequel il fit le diagnostic de scarlatine d'après les vomissements, la sécheresse de la peau et la rapidité du pouls. Les différents cas cités par lui n'ont été reconnus que tardivement

alors que la desquamation se ^{mon}trait, ou à l'apparition de la néphrite.

A la consultation de l'hôpital Hérold, grâce aux indications fournies par M. le Dr Lesage, nous avons pu fréquemment penser au diagnostic de scarlatine d'après l'examen de la langue.

Voici comment se présentent les malades le plus souvent : un enfant est amené à la consultation parce qu'il présente de l'agitation ; la mère raconte qu'il n'a pas dormi la nuit précédente et qu'il a vomi son diner de la veille, fréquemment l'enfant présente de la diarrhée.

L'examen montre un enfant pâle, présentant une élévation thermique très appréciable à la main ; sa peau est sèche, le pouls rapide, quelquefois la palpation dénote un peu d'adénopathie sous-angulo-maxillaire. La gorge est rouge.

Par ailleurs aucun symptôme souvent ; c'est alors que l'examen de la langue peut mettre sur la voie du diagnostic. La langue nous apparaît-elle blanche au centre, rouge vif à la pointe et sur les bords, il faut fortement suspecter la scarlatine.

On isole alors le petit malade et si le lendemain et les jours suivants on constate les modifications de la langue que nous avons décrites, le diagnostic de scarlatine est certain. Alors à un état quelconque du cycle lingual, souvent tout au début nous noterons l'éruption toxique. Mais il n'est pas rare que cette éruption se montre tardivement. Dans d'autres cas elle ne vient pas et elle est parfois remplacée dans ce

cas par du prurit, ainsi que l'indiquent Saint-Philippe et Dieulafoy. Dans d'autres cas on notera l'exagération des plis de flexion du genou et du coude, ainsi que l'a fait remarquer Marbé. Ces plis sont constamment rouges, luisants, et plus larges que chez les sujets normaux.

D'autres fois on verra survenir une desquamation et ce sera le premier symptôme cutané observé. Parfois enfin on ne note absolument aucun symptôme du côté de la peau.

Dans la plupart des cas vers le quinzième jour la langue est refaite, tout est terminé et n'était le règlement prescrivant l'isolement de quarante jours l'enfant pourrait sans aucun danger être renvoyé en classe.

Il existe enfin une dernière variété de scarlatine dans laquelle les symptômes sont des plus frustes. Le début se fait insidieusement, les troubles digestifs sont peu marqués, le malade présente une légère élévation thermique, la gorge est un peu rouge ou normale, la langue se dépouille mal.

L'éruption au lieu de débiter par les plis de flexion et l'abdomen commence en des points variables, souvent au niveau de la piqure si le malade a eu du sérum antidiphthérique.

Dans les jours suivants l'état général se montre satisfaisant.

Puis vient la desquamation qui se fait par petites squames. A aucun moment on n'a pu constater l'état framboisé de la langue.

Il est évident que dans les cas de ce genre on reste hésitant entre deux diagnostics : scarlatine ou érythème scarlatiniforme.

Quand on étudie les auteurs on ne trouve pas le moyen de trancher le diagnostic dans un sens ou dans l'autre. Certains conseillent de s'attacher surtout aux caractères de l'exanthème, d'autres au contraire de tenir compte des troubles gastro-intestinaux. Il faut avouer que ces cas, heureusement fort rares, sont très embarrassants et, ainsi que le dit M. le professeur Marfan : « A l'heure actuelle, pas plus les recherches de laboratoire que l'examen clinique ne permettent d'établir le diagnostic de la scarlatine et de la scarlatinoïde méta-diphthérique. »

Que faut-il donc faire lorsque l'on se trouve devant un malade présentant un tel tableau clinique. Nous croyons qu'il est prudent de l'isoler, et surtout de ne pas le mettre dans une salle de scarlatineux.

CHAPITRE III

COMPLICATIONS DIGESTIVES DE LA SCARLATINE

La scarlatine peut présenter un certain nombre de complications, l'albuminurie est une des plus fréquentes et des plus redoutées ; nous étudierons plus spécialement les complications digestives.

Dans certains cas on a une forme plus accentuée, mais ce n'est pas du côté de l'éruption que l'on note des modifications, mais bien du côté de la gorge, ainsi que l'ont bien démontré MM. Variot et Devé. « Dans la scarlatine, disent ces auteurs, c'est habituellement le processus angineux et non l'érythème qui règle la température. C'est donc dans les variations de l'intensité de l'angine que l'on trouvera généralement la cause des variétés si fréquentes de la courbe thermique. »

« Les complications naso-pharyngées, dit M. le D^r Lesage, sont les plus importantes et les plus graves. Certains enfants porteurs de streptocoques ou de bacilles diphtériques cultivent abondamment ces microbes, dès que le virus scarlatineux a

enflammé la muqueuse des premières voies. Cette complication a été prise souvent pour la scarlatine elle-même. Ce qui la caractérise c'est : 1° l'élévation de la fièvre avec tous les signes analogues à ceux de la scarlatine toxique ; 2° le jetage du nez et de la gorge, alors que dans la scarlatine pure le nez est sec. La sécrétion du nez et de la gorge est mucopurulente, abondante et sort par tous les orifices (nez, bouche). Elle est septique, donne de la rougeur et de l'œdème à l'orifice du nez et à la lèvre supérieure. »

L'examen de la gorge montre de la rougeur, des ulcérations, des zones noires sphacélées, des fausses membranes ; on y trouve le streptocoque, le bacille de Lœffler. La réaction ganglionnaire est forte : ganglions du cou gros, douloureux, noyés dans de l'œdème (cou proconsulaire) pouvant suppurer ou se résoudre.

Il est intéressant de signaler ici les observations où l'on rapporte des lésions de l'œsophage et de l'estomac au cours de scarlatines.

« MM. Charles Viannay et Bourret citent dans la *Revue des Maladies de l'Enfance* une observation de rétrécissement infranchissable de l'œsophage qui a nécessité une gastrotomie. Ce rétrécissement est survenu sans aucune ingestion de liquide chaud ni caustique ; sans aucun traumatisme antérieur, bref, sans aucune donnée étiologique autre qu'une scarlatine grave survenue six mois avant les premiers symptômes de sténose. Si bien que nous nous

sommes trouvés, disent les auteurs, logiquement conduits à considérer ce rétrécissement comme une séquelle de la scarlatine.

Au cours des recherches bibliographiques auxquelles se sont livrés les auteurs ils n'ont rien trouvé sur l'ulcération scarlatineuse dans les traités classiques. Le travail le plus intéressant sur le sujet a été publié par Frænkel dans les *Archives de Virchow*, 1902.

Dans cette étude, l'auteur commence par constater, lui aussi, la rareté extrême des cas publiés. Il n'est pas rare, dit-il, de voir les lésions scarlatineuses abandonner le voile du palais et la paroi du pharynx pour remonter et gagner le naso-pharynx et les cavités nasales ; mais il est tout à fait exceptionnel de les voir descendre et se fixer sur l'œsophage ou même à l'intérieur de l'estomac.

Hénoch, dans son traité, admet la possibilité pour l'inflammation nécrotique au cours de la scarlatine d'atteindre l'œsophage et la muqueuse stomacale et il rapporte deux cas personnels observés à l'autopsie.

L'un a trait à un enfant de dix ans et demi mort de scarlatine, chez lequel on observa des lésions diphtéroïdes, du pharynx et de l'œsophage. Chez le second, outre les lésions analogues, existait une ulcération de la région pylorique.

Dans son *Livre des Maladies des Enfants* Baginsky dit que dans la scarlatine l'estomac peut présenter des modifications importantes, interstitielles et paren-

chymateuses et que l'on peut observer de la nécrose des glandes.

Enfin, Frænkel rapporte deux observations très intéressantes et où l'ulcération œsophagienne et stomacale ne fut reconnue qu'à l'autopsie.

OBS. DE FRAENKEL, N° 1. — Enfant de quatre ans, entré à l'hôpital le 21 janvier pour une scarlatine. Le lendemain de l'entrée, elle se plaint beaucoup de douleurs abdominales.

De la bouche, du nez, s'échappe du pus mêlé de débris nécrosés.

Diarrhée. Calomel.

26 janvier. — Diarrhée persiste. Calomel.

30 janvier. — Commencement de desquamation.

3 février. — Mort.

Autopsie. — On reconnaît que l'œsophage est dépouillé de sa muqueuse et de sa sous-muqueuse dans toute son étendue et que sa surface intérieure présente aussi une ulcération étendue dont le fond apparaît lisse et uni.

On reconnaît sur elle les filaments circulaires coupés de la musculaire œsophagienne.

Au-dessus du cardia se cache une ulcération formée de tissu nécrotique à bords déchiquetés.

Le processus ulcéreux se poursuit encore sur la surface intérieure de l'estomac jusqu'au pylore. Le tissu péri-œsophagien n'est nulle part infiltré de pus ; les canaux lymphatiques sont à peine gonflés.

Les vaisseaux épigastriques sont intacts.

OBS. N° 2. — Enfant âgé de un an et demi, entre le 11 novembre pour une éruption scarlatineuse généralisée.

Gonflement des ganglions du cou, de l'aisselle et de l'aîne.
Sur les amygdales, signes d'angine peu marqués.

14 novembre. — Écoulement d'oreilles.

15 novembre. — L'enfant est plus fatigué, pousse des gémissements.

19 novembre. — Vomissements. Diarrhée.

20 novembre. — Mort.

Autopsie. — Sur la paroi postérieure du palais symétriquement des deux côtés de la luette, on remarque une ulcération nécrotique.

La muqueuse du pharynx est intacte à 3 centimètres au-dessus du bord supérieur du cartilage aryténoïde ; sur les parois antérieure et postérieure de l'œsophage, se montre une ulcération de 2 à 3 centimètres creusée jusqu'au tissu sous-muqueux ; le fond est couvert de tissu nécrotique.

Au-dessous, après un intervalle sain, l'œsophage est noir jusqu'au cardia et dans toute cette région il est dépouillé de sa muqueuse et de sa sous-muqueuse, au point que l'on peut reconnaître les fibres musculaires circulaires.

Rien de particulier dans le tissu péri-œsophagien.

L'estomac et l'intestin sont sains.

Les annexes du tube digestif peuvent également être lésés. C'est ainsi que M. L. Tixier relate en son nom et au nom de M. J. Troisième l'observation d'une fillette de trois ans qui succomba rapidement à des accidents cardio-vasculaires survenus au cours d'une scarlatine grave.

À l'autopsie, on constate des hémorragies massives des glandes surrénales. Le pancréas était en outre le

siège d'une infiltration péri et intra-acineuse avec réaction hyperplasique des acini et prolifération nucléaire.

Les complications hépatiques ont été l'objet d'études de la part de P. Teissier et René Bénard. Ces auteurs dans une communication faite à la Société de Biologie, le 5 février 1910, parlent du foie des scarlatineux.

« L'atteinte du foie, disent ces auteurs, se manifeste sans doute à son degré le plus marqué chez les sujets dont cette glande pour une raison quelconque (plus particulièrement éthyliisme) était déjà plus ou moins lésée. Si nous écartons ces faits, si d'autre part nous négligeons les observations des sujets âgés ou à antécédents pathologiques chargés, pour ne retenir que celles qui appartiennent à des adolescents ou à des adultes des deux sexes, de bonne constitution apparente, chez lesquels le volume du foie a été enregistré systématiquement durant l'évolution de la scarlatine nous relevons 270 cas (sur 4.500) de troubles ou lésions hépatiques nets. Que la scarlatine soit la cause efficiente et suffisante de ces troubles, c'est ce dont l'analyse des faits ne permet pas de douter.

L'augmentation du volume du foie, la sensibilité provoquée par la pression ou la percussion sont les symptômes les plus faciles à déceler de l'atteinte hépatique. Cette hypertrophie est de degré très variable; elle peut être assez prononcée pour que le foie présente au niveau de la verticale mamelon-

naire les dimensions de 17-18-21 centimètres. Tantôt elle porte sur les deux lobes, tantôt elle semble plus apparente sur le lobe droit que sur le lobe gauche. Quant à la douleur, généralement légère et provoquée par une percussion forte, elle peut être réveillée par la simple pression du bord inférieur ou de la surface débordant le thorax.

A ces deux symptômes se surajoute *l'ictère* qui varie de la teinte cholémique légère difficile à percevoir à moins d'une pression profonde et large sur la surface cutanée uniformément rouge, à la teinte franche de l'ictère d'ailleurs plus exceptionnelle.

On note en outre de l'hypercholémie sanguine et de la chlorurie qui, ainsi que l'ictère, marchent de pair avec les manifestations sus-mentionnées et semblent en relations étroites avec le trouble hépatique.

Tout récemment René Bénard fait du foie scarlatineux l'objet de sa thèse.

MM. Lesage et Colin ont bien voulu nous communiquer l'observation d'un enfant soigné à l'hôpital Hérold pour une scarlatine compliquée d'ictère.

OBSERVATION INÉDITE DE MM. LESAGE ET COLLIN, M^{lle} PARISSE. — P... Henri, cinq ans, entre salle Bergeron, n° 18, le 18 novembre 1910 avec les diagnostics d'intoxication alimentaire ou méningite.

La température est à 40 degrés. Depuis la veille l'enfant présente des vomissements et de la diarrhée. L'examen dénote de l'hyperesthésie généralisée.

La ponction lombaire est pratiquée, le résultat de l'examen cytologique est négatif.

19 novembre. — La langue semble scarlatineuse, d'un autre côté le malade a de la dyspnée, il présente 51 inspirations à la minute.

20 novembre. — On trouve à l'auscultation du sommet droit quelques râles et un souffle léger. Le diagnostic de pneumonie est proposé. Depuis l'entrée l'ictère s'est légèrement accentué mais de plus on constate l'apparition d'une éruption scarlatineuse. Du reste depuis la veille la langue a changé d'aspect dans le sens de la scarlatine.

22 novembre. — La langue se dépouille, les papilles apparaissent. On affirme alors le diagnostic de scarlatine.

A ce moment l'ictère est très net. Les matières sont décolorées.

Le foie, la rate sont de volume normal.

Dans les jours suivants on suit l'évolution de la langue.

28 novembre. — La température est revenue à 37 degrés.

Les selles sont toujours blanches, on constate de l'albuminurie.

On pratique alors l'épreuve de la glycosurie alimentaire qui reste négative.

La langue commence à se refaire.

2 décembre. — Les urines sont foncées, mais la réaction de Gmelin (ainsi que précédemment) est négative.

Albuminurie. Ictère.

Constipation.

8 décembre. — Le foie semble diminué de volume.

Les selles sont toujours peu colorées.

Dans les jours suivants, l'état s'améliore sensiblement, l'enfant se décolore peu à peu.

23 décembre. — Les matières sont encore un peu blanches.

Les urines sont de coloration normale.

Le malade commence à desquamer.

26 décembre. — Légère épistaxis qui ne s'est pas reproduite depuis.

3 janvier. — L'enfant est toujours en traitement à l'hôpital Hérold. La desquamation continue.

En résumé. — Scarlatine à début bruyant toxique.

Persistance des phénomènes hépatiques après la guérison de la langue.

CHAPITRE IV

ÉVOLUTION

DE LA SCARLATINE ET SA TERMINAISON

C'est encore l'examen de la langue qui va nous servir de guide pour suivre l'évolution de la scarlatine et pour annoncer sa terminaison. Nous avons montré que le cycle lingual pouvait s'arrêter ; on se trouve alors en présence d'une scarlatine prolongée. Il faut continuer à isoler cet enfant, car il est encore contagieux. Au lieu donc, de compter soigneusement les quarante jours d'isolement, il est beaucoup plus important de suivre l'évolution de la langue. On pourra, dans le plus grand nombre de cas, éviter de prolonger un isolement complètement inutile, comme au contraire on pourra maintenir isolé un malade encore contagieux. On comprend combien dans certaines circonstances sociales et pour certains malades cet isolement de quarante jours peut être préjudiciable à une époque de concours ou d'examen par exemple.

C'est pour cette raison que M. le Dr Lesage s'élève avec énergie contre une mesure aveugle nécessitant

un isolement de l'enfant souvent beaucoup trop long, comme au contraire parfois insuffisant. N'est-il pas plus rationnel d'observer le malade de jour en jour et de faire cesser l'isolement dans les jours qui suivent la fin de la scarlatine alors que la langue est complètement refaite.

Barlow avoue « qu'il n'hésiterait pas à renvoyer certains scarlatineux au bout de dix à quinze jours, n'était la crainte qu'un fait malheureux survenant, l'opinion médicale telle qu'elle est aujourd'hui et naturellement aussi l'opinion publique ne fit retomber le blâme sur le médecin. »

Kelsch, dans son *Traité des Épidémies* se demande pendant combien de temps le scarlatineux doit être considéré comme dangereux : « les prescriptions légales, dit-il, lui imposent quarante jours ; c'est peut-être trop, il se pourrait que ce ne fut pas assez. Nous ne croyons pas que l'on puisse fixer à la séquestration une durée précise et invariable ».

Cette durée de la maladie, ici comme ailleurs, ne peut être fixée pour la scarlatine en général mais bien pour chaque malade en particulier et c'est précisément en suivant attentivement les modifications que subit la langue que l'on pourra annoncer à quelques jours près la terminaison de la période contagieuse.

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

LES ÉRYTHÈMES SCARLATINIFORMES IDIOPATHIQUES

Cette façon d'envisager la scarlatine semble, à notre avis, modifier singulièrement le diagnostic avec les érythèmes scarlatiniformes.

On sait combien, en clinique, lorsque l'enfant est amené à la consultation, ce diagnostic est souvent embarrassant. On se trouve, d'une part, en présence d'une éruption des plus nettes, trop belle même parfois, et d'autre part, l'enfant ne présente souvent aucun autre symptôme. Dans certains cas cependant il a de la fièvre, souvent même la température est normale.

En s'en tenant à l'idée de la scarlatine fièvre éruptive, on comprend combien l'hésitation est grande.

Mais si après avoir examiné l'éruption on recherche les symptômes digestifs, en cherchant surtout les

symptômes qui constituent la triade symptomatique de la période de début : la *tachycardie*, l'*angine*, et les *troubles gastro-intestinaux*, en regardant la langue si on ne trouve aucune des modifications que nous avons indiquées, si le malade n'a pas vomé, fait auquel les dermatologistes attribuent la plus grande importance, il est prudent de ne pas mettre l'enfant dans une salle de scarlatineux mais en observation dans un pavillon de douteux, si nette que paraisse l'éruption.

« La nature de cet érythème scarlatin idiopathique, non récidivant, dit M. le Dr Thibierge, est complètement inconnu. Le début se fait brusquement ou rapidement *sans exanthème bucco-pharyngé* ou avec un exanthème très peu accentué. Il s'accompagne d'un état fébrile variable mais généralement peu intense.

» L'érythème débute par une région variable du tégument, le plus souvent la face ou le tronc s'étend rapidement à sa totalité, reste généralement peu intense; très rapidement en un ou deux jours se produit une desquamation qui peut être peu accusée, ou au contraire très prononcée, se faire en longs lambeaux et se prolonger pendant plusieurs semaines. Les cheveux tombent parfois, les ongles ne sont jamais compromis. »

On voit d'après cette description combien le diagnostic est difficile et pourrait même, dans certains cas, rester hésitant pendant toute la durée de l'affection.

L'examen de la langue viendra parfois, dans ces cas, lever le doute. Si elle ne se modifie pas, si l'enfant ne présente pas de troubles gastro-intestinaux, ni de tachycardie, on peut affirmer que l'enfant n'a eu qu'un érythème scarlatiniforme et l'on voit que dans les cas où il y a un exanthème très peu accentué l'examen de la langue nous rendra les plus grands services.

Si, frappé par les caractères de l'éruption, on envoie directement l'enfant dans un pavillon de scarlatineux, on pourra dans certains cas constater dans les jours qui suivront l'erreur que l'on a commise ; car, très souvent, au sixième jour on voit alors débiter brusquement par le vomissement et l'angine une scarlatine qui ne laisse alors aucun doute, scarlatine contractée dans le service.

Ici encore apparaît nettement la priorité que l'on doit accorder aux signes digestifs sur les signes cutanés.

On pourra, de plus, confirmer son diagnostic par l'examen cytologique du sang. Pater a recherché les modifications hématiques au cours de la scarlatine et de l'érythème scarlatiniforme ; d'après cet auteur cet examen permet de trancher le diagnostic dans la majorité des cas.

« En effet, dans la scarlatine, dit Pater, la formule leucocytaire se manifeste, on peut dire absolument sous la forme d'une leucocytose polynucléaire très marquée. Sacquépée, Lobligeois, Klotz, Tiliston Wilder et Locke, tous les auteurs sont d'accord sur ce

point et sur 10 cas de scarlatine pris au hasard des entrées. Pater affirme non seulement que la polynucléose est très marquée au moment de l'éruption scarlatineuse, mais qu'elle semble l'être d'autant plus qu'on est plus près du début de l'éruption.

» Dès le premier jour existe une polynucléose considérable atteignant et dépassant 90 o/o des leucocytes. Ce chiffre baisse peu à peu les jours suivants mais reste élevé tant que dure l'éruption et ne revient à la normale que plus tard.

» Des examens en série du sang de scarlatineux permettraient de parfaire ces résultats : des auteurs comme Klotz par exemple, l'ont déjà fait mais en clinique; c'est au début de l'éruption que le diagnostic est important puisque la prophylaxie en découle, et c'est à ce stade de la maladie que nous avons voulu tirer parti de l'examen du sang. Il reste une seconde question : on rencontre assez fréquemment des érythèmes de type scarlatiniforme revêtant de très près les caractères éruptifs de la scarlatine type et le diagnostic de cette dernière peut rester en suspens et n'être tranché que par des faits de transmissibilité à l'entourage. Il était intéressant de chercher s'il existait au moment de l'apparition de ces érythèmes une formule hématologique particulière distincte de celle présentée par les scarlatins. Lobligeois et quelques autres ont déjà fait cette recherche que nous avons entreprise : sur 7 cas il existe cinq fois une mononucléose manifeste parfois même considérable. Sans affirmer que cette mononucléose est en rapport avec

l'apparition de l'érythème, nous sommes du moins certain que celui-ci n'a jamais produit de polynucléose et s'est distingué absolument de la scarlatine franche.

» Ce n'est pas tout. Lobligeois écrit que l'érythème scarlatiniforme en même temps qu'il s'accompagne d'une polynucléose bien moindre que la scarlatine présente une éosinophilie plus grande que cette dernière affection. Nos examens personnels concernant les érythèmes infectieux observés ne nous conduisent pas aux mêmes conclusions.

» Quant à la présence d'éléments anormaux dans le sang des scarlatins elle se ramène dans nos cas à l'observation de quelques mononucléaires de taille moyenne ou grande à protoplasma basophile ; observés de temps à autre ils témoignent d'une certaine réaction myéloïde, sont inconstants et se rencontrent soit dans des scarlatines vraies, soit dans des érythèmes d'aspects cliniques divers, soit dans d'autres fièvres éruptives, rougeole par exemple et varicelle. »

En résumé, Pater émet les conclusions suivantes : « La scarlatine se manifeste dès le début de l'éruption par une polynucléose typique. Celle-ci est toujours forte et même considérable durant les deux ou trois premiers jours d'éruption même chez les très jeunes enfants. Les mononucléaires subissent une diminution portant surtout sur les lymphocytes. Le chiffre

des éosinophiles d'ailleurs variable est assez souvent augmenté surtout au bout de quelques jours de maladie.

» Les érythèmes scarlatiniformes se distinguent de la scarlatine vraie par leur formule leucocytaire. Celle-ci est quelquefois normale ou à peu près, mais elle comprend surtout de la mononucléose. L'éosinophilie qu'on peut y constater n'est qu'un mauvais caractère distinctif, car outre son inconstance, on la rencontre, semble-t-il, avec plus de fréquence et d'intensité, pour Pater, dans la scarlatine vraie en éruption. »

Il sera donc facile, lorsqu'on sera en présence d'un érythème scarlatiniforme, sans troubles digestifs, ni tachycardie, de compléter son examen par une rapide coloration de lamelles de sang et examen microscopique.

CHAPITRE II

LES ÉRYTHÈMES SCARLATINIFORMES RÉCIDIVANTS

Si l'on n'attachait qu'une importance secondaire aux troubles digestifs le diagnostic de la scarlatine serait également parfois difficile avec les érythèmes scarlatineux idiopathiques récidivants.

Cependant là, le caractère récidivant éloigne l'idée de scarlatine qui ne se montre en général qu'une fois chez le même malade.

« Le début de ces érythèmes récidivants, dit M. le D^r Thibierge, est brusque, s'accompagne d'un état fébrile d'intensité variable, rarement d'exanthème bucco-pharyngé. La rougeur du tégument est généralement très accusée, généralisée et bientôt suivie d'une desquamation d'intensité variable mais ordinairement très prononcée; la desquamation furfuracée et plus souvent à larges lambeaux se reproduit pendant quelques jours ou plusieurs semaines.

» Les cheveux tombent le plus souvent en grande abondance. Très souvent les ongles tombent soit

aux doigts seulement soit aux doigts et aux orteils ; lorsqu'ils ne tombent pas des sillons transversaux profonds marquent le trouble qu'a subi leur nutrition.

» Pendant le cours de l'affection, la nutrition générale souffre également ; les malades sont amaigris, affaiblis comme après une grave maladie.

» A intervalles variant de quelques semaines à plusieurs années, des poussées semblables se produisent en nombre variable prolongeant la durée de la maladie pendant de longues années.

» Richardière a compté jusqu'à 7 récidives chez un malade. L'intensité de ces récidives est variable, souvent, cependant à chacune d'elles la rougeur devient moins prononcée mais la desquamation est souvent plus accusée et la chute des phanères plus prononcée et plus rapide.

» Les caractères de la première atteinte ne diffèrent que par des nuances de l'érythème scarlatineux non récidivant ; la reproduction ultérieure des accidents distingue seule d'une façon nette ces deux formes d'érythrodermies exfoliantes. »

Quant au diagnostic avec la scarlatine, outre le caractère récidivant, l'absence ou le peu d'importance des troubles digestifs, l'examen du sang, permettent de le faire.

CHAPITRE III

LES ÉRYTHÈMES SCARLATINIFORMES D'ORIGINE TOXIQUE OU INFECTIEUSE

Restent les érythèmes scarlatiniformes qui, ainsi que l'a montré M. le professeur Hutinel, sont consécutifs à des maladies toxiques ou infectieuses.

Dans quelques cas rares, à la vérité, dit cet auteur, la brusquerie du début, l'hyperthermie, la localisation sur les muqueuses rendent le diagnostic bien difficile.

Mussy, dans sa thèse, a repris l'étude de ces érythèmes scarlatiniformes et il admet que l'on peut facilement les différencier de la scarlatine.

« Si l'on a affaire à un érythème initial, le début fébrile caractéristique, l'aspect de la gorge et de la langue, l'exanthème naissant au bout de vingt-quatre heures d'abord soit à la face, soit au tronc, pour se généraliser ensuite rapidement, ne permettront aucune confusion. »

On voit donc que là comme ailleurs l'examen de la gorge et de la langue seront la base du diagnostic.

Nombreuses sont les affections au cours desquelles

on verra survenir dans certains cas ces érythèmes, la grippe, la diphtérie, la fièvre typhoïde, sont parfois en cause.

Ils sont cependant plus fréquents dans le cours de septicémies d'origine traumatique ou puerpérale liée au streptocoque et dans le cours de l'érysipèle.

« Il est possible, dit M. le Dr Thibierge, que dans les infections différenciées où ils se rencontrent, ils soient sous la dépendance d'une infection streptococcique surajoutée. Ils relèvent sans doute de l'intoxication par les produits solubles des microbes et non de l'action locale de ceux-ci.

» Quant aux érythèmes scarlatineux d'origine toxique, ils peuvent être la conséquence d'intoxications alimentaires (ingestion de moules, de viandes avariées, de gibier faisandé..., etc.), accidentelles ou professionnelles, ou produits par des agents médicamenteux ingérés ou appliqués sur la peau.

» Les substances qui les produisent sont en premier lieu le mercure et ses composés, puis la belladone, l'arsenic, la quinine, le chloral. »

Du reste, la plupart des érythèmes, dits idiopathiques, fait remarquer M. le Dr Brocq, tendent à rentrer dans cette dernière catégorie des érythèmes toxiques ou infectieux.

M. le professeur Marfan s'est appliqué surtout à l'étude des érythèmes scarlatiniformes consécutifs à la diphtérie, ce qu'il appelle *la scarlatinoïde métadiphtérique*, il élucide un premier point : c'est que, la scarlatinoïde métadiphtérique n'est pas due au

sérum. Il se demande ensuite si l'érythème scarlatiniforme n'est pas l'expression d'une de ces infections banales associées si souvent à la diphtérie, surtout à la diphtérie maligne ou submaligne ; ou encore, si la scarlatinoïde métadiphtérique et la scarlatine sont bien deux états morbides distincts. Contre cette dernière hypothèse, il apporte la difficulté du diagnostic clinique et du diagnostic de laboratoire.

Il existe cependant des différences entre la scarlatine et la scarlatinoïde métadiphtérique.

« L'éruption ne se développe pas toujours suivant les mêmes lois que celles de la scarlatine ; par exemple, elle peut commencer au niveau de la figure et ne peut pas se généraliser aussi rapidement et aussi complètement que dans la scarlatine. Le caractère piqueté, chagriné de l'éruption est souvent moins appréciable que dans la scarlatinoïde. Tandis que dans la scarlatine typique la langue se dépouille dès le troisième ou le quatrième jour d'une manière complète et sur toute sa surface, devient rouge vif et montre des papilles hypertrophiées, dans la scarlatinoïde, la langue ne se modifie pas ou ne se dépouille qu'incomplètement et seulement aux bords et à la pointe ; *on n'y observe pas l'aspect framboisé propre à la scarlatine*. De plus, la scarlatinoïde n'est pas suivie de desquamation et quand par exception la peau se dépouille, c'est par une exfoliation à très petits squames à peine visibles qui n'atteint presque jamais les extrémités. »

Mais, ajoute M. le professeur Marfan, il y a des

scarlatines anormales dans lesquelles l'éruption est mal caractérisée, où la langue ne se dépouille qu'incomplètement et dans lesquelles la desquamation de la peau est nulle ou à peine appréciable, il en résulte que « l'examen clinique est impuissant à établir *avec certitude* le diagnostic de la scarlatine vraie et de la scarlatinoïde métadiphthérique ».

Il faut reconnaître cependant que si les scarlatines atypiques sont fréquentes, il est un signe que l'on retrouve peut-être plus fréquemment que tous les autres, c'est l'aspect de la langue. Comme il convient de prendre une résolution vis-à-vis d'un enfant qui présente une éruption, nous proposons de le considérer comme scarlatineux si la langue se modifie de jour en jour, d'en faire un érythème scarlatiniforme si la langue est saine.

OBSERVATIONS

1° Observations de scarlatine sans éruption

OBSERVATION I

Lucie D..., onze ans et demi, entre salle Rilliet le 10 mars 1910.

La malade se plaint depuis quinze jours de douleurs dans les oreilles ; depuis deux jours elle souffre de la gorge.

A l'entrée, la langue est très rouge, un peu blanche à la base ; les papilles commencent à se montrer. On fait le diagnostic de scarlatine au huitième jour. On lui injecte 40 centimètres cubes de sérum antidiphthérique.

14 mars. — La langue commence à se refaire (jusque-là on n'avait pas trouvé d'albuminurie), on en trouve 1 gr. 50.

15 mars. — Éruption sérique. L'albuminurie diminue de jour en jour.

19 mars. — La malade sort.

OBSERVATION II

Suzanne T..., quatre ans et demi, entre salle Rilliet le 8 mars 1908 avec des symptômes d'embarras gastrique fébrile.

La gorge est rouge, les amygdales grosses recouvertes d'un enduit pultacé.

La langue est rouge sur les bords, blanche au centre.

On isole l'enfant et on lui injecte 10 centimètres cubes de sérum antidiphtérique.

10 mars. — La malade a quelques vomissements et de la diarrhée, elle n'a pas d'éruption mais quelques démangeaisons.

La langue évolue.

12 mars. — La langue framboise est nette.

15 mars. — Éruption sérique. On trouve quelques traces d'albuminurie.

16 mars. — La langue est refaite. L'albuminurie persiste jusqu'au 20.

22 mars. — La malade sort sur la demande de ses parents.

OBSERVATION III

Alphonse D..., sept ans et demi, entre salle Rilliet le 30 octobre 1908.

Il présente une température à 40 degrés, des vomissements, de la constipation.

On trouve à la palpation un point douloureux appendiculaire.

Ces troubles existent depuis quatre jours.

La langue est rouge avec quelques papilles.

3 novembre. — Langue framboise nette. A la suite d'applications de vessies de glace, la douleur abdominale se calme.

5 novembre. — La langue se répare.

8 octobre. — L'enfant sort guéri. A aucun moment on n'a constaté d'éruption.

OBSERVATION IV

Marie G..., douze ans, entre salle Barthez le 21 février 1909 avec des troubles gastro-intestinaux et une température de 38 degrés.

Les amygdales sont grosses et rouges, pas d'éruption ; mais la langue rouge sur fond blanc fait penser à la scarlatine. En effet, le 22 et le 23, la langue évolue.

25 février. — Les papilles commencent à apparaître. La gorge à ce moment est vernissée.

28 février. — Langue framboise. Toujours pas d'éruption.

1^{er} mars. — On trouve un peu d'albumine dans les urines.

3 mars. — La langue est guérie.

4 mars. — Desquamation légère des mains et des pieds. L'albuminurie a cessé.

13 mars. — La malade sort guérie.

OBSERVATION V

Louis R..., cinq ans, entre salle Barthez le 24 mai 1909.

L'enfant est souffrant depuis cinq ou six jours. Il présente une température de 30 degrés. La langue est au stade framboise. La gorge rouge vernissée.

Les parents n'ont pas remarqué d'éruption, mais l'enfant présente du prurit.

27 mars. — La langue commence à se refaire. Pas d'albuminurie.

On fait le diagnostic de scarlatine amenée à l'hôpital en pleine évolution.

31 mai. — L'enfant sort guéri.

OBSERVATION VI

Jeannette J..., quatre ans et demi, entre salle Barthez le 31 mai 1909.

Elle a une température à 39 degrés, de la diarrhée et du prurit.

Pas d'éruption.

La langue est rouge vif à la pointe et sur les bords, blanche au centre. La gorge rouge vif, vernissée.

3 juin. — La langue a évolué, elle est framboisée.

7 juin. — Langue refaite. Au cours de cette scarlatine on n'a noté ni albuminurie, ni desquamation.

10 juin. — La malade sort guérie.

OBSERVATION VII

Maria S..., deux ans, entre le 31 mai 1909, salle Barthez.

Elle présente des vomissements du prurit et une température à 39°8.

Pas d'éruption.

La gorge rouge. La langue blanche et rouge.

3 juin. — Gorge vernissée ; la langue évolue.

6 juin. — La gorge est guérie, la langue est nettement framboisée. Pas d'éruption.

9 juin. — La langue est refaite. Pas de desquamation.

16 juin. — La malade sort guérie.

OBSERVATION VIII

Robert E..., quatre ans, entre salle Sevestre le 1^{er} juin 1909 avec une température à 39 degrés.

La gorge est sèche, vernissée ; la langue framboisée, on lui injecte 20 centimètres cubes de sérum [anti-diphtérique.

L'enfant n'a pas eu d'éruption chez ses parents.

7 juin. — La langue est guérie, pas d'albuminurie.

12 juin. — Desquamation,

13 juin. — Éruption sérique.

17 juin. — Le malade sort guéri.

OBSERVATION IX

Ida L..., sept ans, entre salle Barthez le 6 juin 1909, avec de la diarrhée, des vomissements. La température est à 38 degrés. Pas d'éruption.

La gorge est rouge vernissée, la langue très rouge avec un peu de blanc au centre.

7 juin. — Langue framboise.

9 juin. — La langue se refait. Depuis son entrée, l'enfant n'a pas eu d'éruption, elle a vomi chaque jour.

10 juin. — Langue réparée.

14 juin. — Desquamation jusqu'au 19.

20 juin. — La malade sort guérie.

OBSERVATION X

Raymond G..., six ans et demi, entre salle Rilliet le 3 juillet 1909 avec des troubles gastro-intestinaux et une température à 39°5.

La langue est très rouge sur fond blanc, la gorge également rouge.

4 juillet. — La langue se dépouille.

5 juillet. — Langue framboise. Prurit. Pas d'éruption.

9 juillet. — Langue guérie.

12 juillet. — Le malade sort guéri.

OBSERVATION XI

Henri E..., trois ans et demi, entre le 10 juillet 1909 salle Rilliet.

Il a des vomissements, une température à 38°2.

La langue est framboisée, la gorge rouge vernissée.

Pas d'éruption.

11 juillet. — Prurit.

13 juillet. — La gorge est guérie, la langue évolue et commence à se refaire. On n'a pas noté d'éruption.

18 juillet. — Le malade sort guéri.

OBSERVATION XII

Jeanne C..., quatre ans, entre salle Rilliet le 12 juillet 1909, avec une rougeole.

14 juillet. — Langue scarlatineuse, la gorge est rouge,

les amygdales grosses, la malade a du prurit, mais pas d'éruption.

15 et 16 juillet. — La langue se dépouille.

19 juillet. — La gorge est guérie, la langue refaite.

22 juillet. — La malade sort n'ayant pas eu d'éruption scarlatineuse.

OBSERVATION XIII

Henri R..., onze ans, entre salle Rilliet.

26 juillet. — Il a des troubles gastro-intestinaux, une langue framboise. La température est à 40 degrés.

Il présente une angine à fausses membranes, les amygdales sont énormes. L'examen bactériologique montre la présence du bacille de Loeffler.

On injecte 20 centimètres cubes de sérum de Roux.

29 juillet. — La gorge est détergée.

31 juillet. — La langue est refaite. Trace d'albuminurie.

3 août. — Desquamation légère.

5 août. — Le malade sort guéri.

OBSERVATION XIV

Louis J..., treize ans, entre salle Barthez, le 23 juillet.

Il présente des vomissements, la température est à 38 degrés.

Pas d'éruption.

Gorge rouge. Langue scarlatineuse au troisième jour.

24 juillet. — La diarrhée s'ajoute aux vomissements.

26 juillet. — Langue framboise.

28 juillet. — La langue se refait ; traces d'albumine.

1^{er} août. — Desquamation fine aux pieds et aux coudes.
Plus d'albuminurie.

5 août. — Le malade est guéri.

OBSERVATION XV

Rachel S..., six ans et demi, entre salle Rilliet, le 26 juillet 1909, avec des symptômes d'embarras gastrique et température à 38 degrés.

La gorge est rouge, la langue se dépouille.

La malade présente des crises de prurit sans éruption scarlatineuse.

29 juillet. — Langue framboise.

30 juillet. — La gorge est guérie. Pas d'éruption.

2 août. — La langue se refait.

6 août. — La malade sort guérie.

OBSERVATION XVI

Léoniba S..., dix ans, entre salle Rilliet, le 16 juillet 1909, avec une température à 39 degrés, des vomissements et du prurit. Pas d'éruption, mais une langue scarlatineuse de début. La langue évolue.

29 juillet. — Langue framboise.

30 juillet. — Douleurs rhumatismales du coude et des genoux (3 gr. de salicylate de soude).

31 juillet. — La langue et la gorge sont guéries, mais traces d'albuminurie pendant trois jours.

4 août. — Desquamation fine.

6 août. — La malade sort guérie.

OBSERVATION XVII

Hélène G..., huit ans, entre le 6 août, salle Barthez, présentant une température à 39 degrés, sans autre signe qu'une lassitude générale.

8 août. — La malade vomit, elle a un peu de conjonctivite et du prurit. Pas d'éruption, mais langue scarlatineuse de début.

9 août. — La gorge est rouge, vernissée. L'examen de l'abdomen provoque de la douleur, mais il n'y a pas de point appendiculaire spécial.

10 août. — Langue framboise.

12 août. — La gorge est guérie.

14 août. — La langue est refaite.

19 août. — Fine desquamation.

La malade, qui n'a présenté à aucun moment d'éruption, sort guérie le 26 août.

2° Observations de scarlatine avec éruption tardive

OBSERVATION XVIII

Jeanne P.-D..., sept ans, entre salle Barthez, le 20 février 1908.

Elle a eu deux fois la rougeole.

Les parents l'amènent parce que, depuis huit jours, elle se plaint du ventre et des côtés. Elle tousse un peu.

L'examen montre : une gorge très rouge ; les amygdales sont grosses.

Pas d'éruption.

La langue est rouge et tout au centre un V blanchâtre tendant à disparaître.

On fait le diagnostic de scarlatine au cinquième jour environ.

21 février. — Pas d'éruptions, mais démangeaisons intenses.

22 février. — Alors que les papilles linguales commencent à sortir, apparaît une éruption qui dure quelques heures.

26 février. — La gorge est guérie.

27 février. — La langue commence à se réparer.

29 février. — Desquamation intense qui dure jusqu'au 10 mars.

16 mars. — L'enfant sort guérie.

OBSERVATION XIX

Pauline F..., dix ans, entre salle Barthez le 23 avril 1908 avec des vomissements ; ni constipation, ni diarrhée.

A l'auscultation on trouve un foyer de pneumonie du sommet gauche.

En même temps la langue est rouge à la pointe et sur les bords, blanche au centre. On pense alors à une scarlatine concomitante possible.

La malade est baignée. Potion de Todd.

La langue évolue.

27 avril. — Les papilles linguales apparaissent et alors on voit une éruption scarlatineuse qui dure jusqu'au 30.

Pas d'albuminurie.

2 mai. — La langue est guérie.

5 mai. — La malade sort guérie.

OBSERVATION XX

Pauline L..., quatre ans et demi, entre salle Barthez le 7 avril 1908 avec des signes d'embarras gastrique, l'examen de la gorge montre une forte angine, on injecte 40 centimètres cubes de sérum antidiphthérique.

8 avril. — La langue fait penser à la scarlatine, elle est douteuse. Elle évolue, le 9 et le 10 le diagnostic de scarlatine s'affirme. La malade présente des nausées et de la diarrhée.

12 avril. — Langue framboise.

13 avril. — Éruption sérique.

14 avril. — La langue commence à se refaire.

15 avril. — Éruption scarlatineuse nette suivie de desquamation énorme du 25 au 30 avril.

3 mai. — La malade sort guérie.

OBSERVATION XXI

Lucien H..., six ans, entre salle Barthez le 27 octobre 1908 avec des vomissements, une température à 38°5 ; la langue est rouge et blanche.

28 et 29 octobre. — La langue évolue. Les amygdales sont grosses, de coloration rouge foncé. Pas d'éruption.

1^{er} novembre. — Prurit.

2 novembre. — Éruption qui dure quelques heures.

4 novembre. — Langue framboise.

7 novembre. — La langue est refaite, le malade desquame.

8 novembre. — Sortie.

OBSERVATION XXII

René C..., trois ans et demi, entre le 24 mai 1909 salle Rilliet. Il présente des troubles gastro-intestinaux et il a de l'otite. La température est à 39 degrés. La langue se montre très rouge avec tout à la base un peu de blanc ; la gorge est rouge. Le lendemain les papilles sortent.

27 mai. — La gorge est guérie ; on trouve à l'auscultation un foyer de broncho-pneumonie.

28 mai. — Alors que la réparation de la langue commence à se faire, apparaît l'éruption scarlatineuse qui dure jusqu'au 31. Elle est suivie de desquamation.

Le malade sort le 10 juin guéri.

OBSERVATION XXIII

Alexis C..., six ans, entre salle Barthez le 17 mai 1909. Il a une température à 39 degrés, la gorge est rouge, les amygdales grosses. L'examen de la langue sur laquelle commencent à se montrer les papilles fait faire le diagnostic de scarlatine au quatrième ou cinquième jour.

Le surlendemain, 19 mai, apparaît une éruption prurigineuse.

La langue évolue et est guérie le 24 mai.

27 mai. — Le malade présente des aphtes que l'on traite au bleu de méthylène. Pas d'albuminurie. Pas de desquamation.

29 mai. — Sortie.

OBSERVATION XXIV

Alfred V..., douze ans, entre salle Rilliet le 24 juin 1909.
Il a de la diarrhée, des vomissements, une température à 38 degrés.

Pas d'éruption ; mais langue scarlatineuse et gorge rouge.

La langue évolue les jours suivants.

29 juin. — Langue framboise.

3 juillet. — La langue est refaite : nous sommes d'après nos calculs au douzième jour, c'est alors qu'apparaît l'éruption scarlatineuse qui dure du 3 au 5.

8 juillet. — Le malade sort guéri.

OBSERVATION XXV

Maurice C..., sept ans et demi, entre salle Rilliet le 24 novembre 1908, il a quelques vomissements, de la diarrhée depuis la veille, la température est à 38°4.

A l'entrée la gorge est rouge, la langue scarlatineuse au début. Pas d'éruption.

26 novembre. — Les vomissements et la diarrhée cessent mais la langue évolue, les papilles apparaissent.

30 novembre. — Langue framboise.

2 décembre. — Éruption scarlatineuse, avec un peu d'albuminurie.

La langue à ce moment est refaite, le malade sort le 4 décembre guéri.

OBSERVATION XXVI

Suzanne C..., sept ans et demi, entre salle Barthez, le 24 novembre 1908, avec des symptômes gastro-intestinaux, de l'angine, une langue au troisième et quatrième jour.

La langue évolue, devient framboise le 27 novembre, puis se refait.

29 novembre. — Éruption.

1^{er} décembre. — Traces d'albumine.

3 décembre. — La langue est refaite.

4 décembre. — Sortie de l'enfant.

OBSERVATION XXVII

Yvonne M..., quatre ans, entre salle Rilliet le 19 novembre 1908. Diarrhée, vomissements, température à 39 degrés.

Amygdales rouges, langue scarlatineuse avec papilles. On fait le diagnostic de scarlatine au septième et huitième jour.

Pas d'éruption.

21 novembre. — La diarrhée, les vomissements cessent, la langue est nettement framboisée. Dans les jours qui suivent la langue framboise persiste et ne se modifie pas.

26 au 30 novembre. — Albuminurie.

2 décembre. — Éruption scarlatineuse nette. La langue framboise persiste jusqu'au 4 décembre, puis se refait après avoir persisté pendant quinze jours environ.

10 décembre. — Sortie de l'enfant.

OBSERVATION XXVIII

Germaine V..., huit ans, entre le 12 décembre 1908, salle Rilliet.

Vomissements, diarrhée, amygdales rouges, température à 39°2, langue framboise.

19 décembre. — Un peu d'albuminurie. La langue reste toujours framboisée.

29 décembre. — L'albumine disparaît ; la gorge est toujours rouge, la langue framboise.

4 janvier. — Même état de la langue. Albuminurie 0 gr. 25.

8 janvier. — Éruption scarlatineuse, après vingt-six jours de maladie.

10 janvier. — La langue se refait, l'albuminurie cesse

13 janvier. — L'enfant sort guérie.

3° Observations d'érythème scarlatiniforme

OBSERVATION XXIX

Paul F..., cinq ans, entre salle Rilliet le 16 avril 1908, atteint d'angine diphtérique. On lui injecte 40 centimètres cubes de sérum.

17 avril. — On note une éruption. Le malade n'a pas vomi, la langue est blanche, mais la pointe et les bords ne présentent pas la coloration rouge vif particulière à la scarlatine.

L'examen bactériologique montre la présence du bacille de Loeffler.

23 au 25 avril. — Desquamation légère.

4 mai. — Le malade sort guéri.

OBSERVATION XXX

Marcel S..., trois ans et demi, entre le 3 mai 1908, salle Rilliet, à 6 heures du soir avec une éruption sans caractère précis mais très intense, une température de 39°2.

Le lendemain l'éruption est terminée.

Rien à la langue.

7 mai. — Desquamation intense.

En présence de ces symptômes simulant une scarlatine sans langue on interroge la mère et on apprend que son enfant est atteint d'ichtyose et qu'il desquame continuellement. On pense alors que l'éruption que l'on a vue était une éruption d'urticaire.

OBSERVATION XXXI

Samuel S..., cinq ans, entre salle Rilliet le 30 mai 1908 avec une température à 40 degrés et une éruption. Rien à la gorge. Rien à la langue.

On fait le diagnostic d'érythème scarlatiniforme.

4 juin. — Température à 37 degrés. Desquamation.

9 juin. — L'enfant sort guéri.

OBSERVATION XXXII

Rachel B..., six ans, entre le 13 juin 1909 avec une rougeole nette.

29 juin. — Éruption sans température, sans langue ni gorge.

5 juillet. — Desquamation fine.

On fait le diagnostic d'érythème scarlatiniforme consécutif à la rougeole.

8 juillet. — Sortie.

OBSERVATION XXXIII

Suzanne G..., dix ans, entre salle Barthez avec une température à 38 degrés et une éruption. Mais la langue du 9 juillet 1909, jour d'entrée, au 14 ne bouge pas ; elle se maintient blanche au centre, un peu rouge sur les bords et à la pointe.

Cet état fait éliminer le diagnostic de scarlatine et fait penser à un érythème scarlatiniforme.

15 juillet. — Desquamation.

19 juillet. — L'enfant sort guérie.

CONCLUSIONS

La scarlatine est une infection spécifique générale dont la localisation essentielle et caractéristique siège au maximum sur la langue et le pharynx et s'éteint en descendant sur les voies digestives.

Elle est suivie ou non de phénomènes cutanés toxiques (démangeaisons, éruptions) d'intensité variable.

L'éruption est un symptôme accessoire sur lequel on ne peut se fier pour établir un diagnostic précis.

Les modifications isolées de la gorge n'ont pas plus de valeur que celles de la langue et de l'appareil digestif : c'est la réunion de ces diverses modifications qui permet de porter le diagnostic de scarlatine.

La langue surtout va nous indiquer l'évolution de l'affection. En général cette durée sera de douze à quinze jours. Tant que la langue n'est pas recouverte de son épithélium normal, l'évolution continue.

L'examen de la langue doit être pratiqué au point de vue prophylactique. Tant que la langue est malade la scarlatine est contagieuse.

Les troubles digestifs sont également importants pour différencier la scarlatine des érythèmes scarlatiniformes.

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu : le Président de la thèse
MARFAN

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- BARTHOU. — *The Pract.*, 1907.
BERGÉ. — Thèse, 1895.
BERTHRAM THORNTON. — *Brit. Med. Journal*, 29 fév. 1908.
BÉNARD. — Le Foie scarlatineux. Thèse de Paris, 1910.
BLACHEZ. — Traité de Diagnostic médical.
BUTTURA. — Des Fièvres éruptives sans éruption et en particulier de la scarlatine sans exanthème.
CAZIOT. — Société médicale des Hôpitaux, 1903.
COLIN. — Rapport général sur les épidémies, 1881.
COMBY. — *Archives de Médecine des Enfants*, 1909.
DAMASCHINO. — Maladies du tube digestif.
ENRIQUEZ. — *Traité de Médecine*. — La scarlatine.
GUINON. — *Traité de Médecine Chacot et Bouchard*. La scarlatine.
HUTINEL. — Maladies des enfants, 5 vol.
JACCOUD. — *Dictionnaire*.
KAUFFMANN. — Thèse, 1907.
KELSCH. — Traité des Maladies épidémiques.
LEMOINE. — Société des Hôpitaux, 1895.
LESAGE. — *Gazette des Hôpitaux*, 1909.
LESAGE. — Traité des Maladies du nourrisson.
MARFAN. — Leçons cliniques sur la diphtérie.
MOIZARD. — Traité des Maladies de l'enfance in Grancher et Comby.
MUSSY. — Thèse de Paris.
RAOUL. — *Archives de Médecine militaire*, 1909.
SANNÉ. — Dictionnaire Dechambre.

SAINT-PHILIPPE. — *Revue des Maladies de l'enfance*, février 1890.

TAUPIN. — Thèse, 1839.

TEISSIER (P.) et BÉNARD (R.). — *Semaine médicale*, fév. 1910.

THIBIERGE. — *Traité de Médecine Charcot et Bouchard*.

Les érythèmes scarlatiniformes.

TROUSSEAU. — Clinique.

VARIOT et DEVÉ. — Sur le Polymorphisme, les angines de la scarlatine et sur les relations du processus angineux avec l'évolution du cycle thermique.

WURTZ. — *Traité de Médecine de Brouardel et Gilbert*. La scarlatine.

